

医療機関名

下記検査をお願いします。（で囲ってください）

医師名

生理検査 ・ 放射線検査

住所

TEL

FAX

患者氏名	殿 男 ・ 女
生年月日	M ・ T ・ S ・ H 年 月 日 歳
病 名	
依頼内容 主訴	
病状経過 手術歴 治療経過 処方内容 特記事項	
生理検査	<input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 消化管 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 下肢動脈 <input type="checkbox"/> 下肢静脈 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> その他()
その他	<input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 負荷心電図(<input type="checkbox"/> シングル <input type="checkbox"/> ダブル) <input type="checkbox"/> 24時間心電図 <input type="checkbox"/> A B I <input type="checkbox"/> 簡易肺機能 <input type="checkbox"/> 携帯睡眠ポリグラフィー <input type="checkbox"/> その他 ()
放射線検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 一般撮影 <input type="checkbox"/> その他 ()
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 冠動脈 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎(<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎) <input type="checkbox"/> 血管 <input type="checkbox"/> その他 ()
造影剤	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> 造影 造影検査は腎機能(クレアチニン or eGFR)の値が必要です CREA_____mg/dl,eGFR_____ml/min ※造影剤使用の場合は、同意書・問診票をお持ちください (同意書・腎機能の値の記載がない場合は単純のみの撮影となりますのでご了承ください)

検査予約日 月 日 :